



Data \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI EQUIPOLLENZA AI FINI DEL PROGRAMMA LPP/ERASMUS**

DOCENTE	
INSEGNAMENTO	CFU
CORSO DI LAUREA	

Con la presente si autorizza lo studente \_\_\_\_\_

matricola n. \_\_\_\_\_

a sostenere presso l'Università \_\_\_\_\_

il seguente esame \_\_\_\_\_

in quanto ritenuto equipollente all'insegnamento di cui sono titolare.

Prof. \_\_\_\_\_  
(firma)